DOCUMENT ÉVOLUTIF

PLAN D'ACTION 2004-2007

« ENSEMBLE AVEC ET POUR LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER ET DE SES PROCHES »

PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE CANCER DE LA RÉGION DE LA CAPITALE NATIONALE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale

Adopté par le conseil d'administration de
l'Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
le 6 mai 2004

106-05130/

Édition produite par :
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
Direction de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines

Ce document peut être reproduit sans restriction, en tout ou en partie, en autant que la source soit mentionnée.

Pour obtenir copie(s) de ce document, s'adresser au :
Centre de documentation
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé
et de services sociaux de la Capitale nationale
555, boulevard Wilfrid-Hamel Est
Québec (Québec) G1M 3X7

Téléphone : (418) 525-1500, poste 250
Courrier électronique : cecile.ugeux@ssss.gouv.qc.ca

Le présent document peut être consulté à la section « Documentation » du site Internet de l'Agence à l'adresse : www.rrsss03.gouv.qc.ca

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2004
Bibliothèque nationale du Canada, 2004
ISBN : 2-921332-96-5

TABLE DES MATIÈRES

PAGE

Préambule 1
Liste des acronymes et des sigles utilisés 2

Introduction 3

LE CONTEXTE

- Bref rappel du profil sociosanitaire de la région 5
- Bref rappel de l'organisation des services 6
- Les éléments clés pour l'élaboration du plan d'action régional 7
- Les principaux enjeux et les objectifs généraux pour la région 8
- Les points saillants de l'état de situation pour la gamme de services 9

LES CIBLES D'ACTION RÉGIONALE

- La promotion/prévention – Tabagisme, alimentation, activité physique 11
- La promotion/prévention – Santé environnementale, santé au travail 14
- Le dépistage 15
- Les services d'investigation, de traitement et de soutien
  - L'implantation des équipes en oncologie 18
  - L'intégration des services cliniques 21
  - Les services à la population 23
- Les soins palliatifs 26
- L'intégration de l'organisation des services
  - La gouverne régionale 28
  - La circulation de l'information clinique et les systèmes d'information 30
  - La surveillance et l'évaluation 31
  - La formation et la recherche 33
  - La gestion de la qualité 34

Conclusion : Priorités et leviers d'action 35

Bibliographie 36

Annexe 1 : Géographie du territoire de la région de la Capitale nationale
Annexe 2 : Équipes multidisciplinaires d'oncologie de la région de la Capitale nationale

PRÉAMBULE

Ce plan d'action est le résultat d'un travail conjoint et n'aurait été possible sans la collaboration de plusieurs personnes qui ont contribué de près ou de loin à son élaboration.

Il est le reflet de ce à quoi veulent en arriver le Comité consultatif régional de lutte contre le cancer et ses comités de travail.

Des MERCIS pour leur contribution particulière :

- à chacun et chacune des membres du Comité consultatif régional de lutte contre le cancer;
- aux membres du Comité des soins palliatifs;
- aux organismes communautaires et autres organismes œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer;
- à chacun des professionnels rencontrés au cours de la démarche et qui s'investissent dans la lutte contre le cancer;
- à l'équipe « Connaissance et Surveillance » de la Direction de santé publique, sous la coordination de M. Pierre Mercier, qui rend possible l'analyse des données;
- aux membres du Comité de suivi du Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS);
- aux collègues de différentes directions de l'Agence, notamment à M[mes] Danie Tourville, Hélène Rochette, Danielle Dupont, à MM. Jacques Gagné, Eric Lavoie, Pierre Portelance, et plus particulièrement à M[mes] Louise Grégoire et Danielle Fluet, pour leur contribution au contenu, ainsi qu'à M. Claude Lévesque, directeur régional de la santé physique, des affaires médicales et universitaires;
- et à M[me] Brigitte Bélanger, pour son soutien à toutes les étapes de la démarche et plus particulièrement dans la mise en forme du document.

LISTE DES ACRONYMES ET DES SIGLES UTILISÉS

CA	:	Conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale
CAF	:	Clinique d'aide aux fumeurs
CAU	:	Centre affilié universitaire
CCSR	:	Centre de coordination des services régionaux (PQDCS)
CERCEO	:	Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie
CHA	:	Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec
CHSGS	:	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	:	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHU	:	Centre hospitalier universitaire
CHUL	:	Centre hospitalier de l'Université Laval
CHUQ	:	Centre hospitalier universitaire de Québec
CLSC	:	Centre local de services communautaires
CME	:	Centre mère-enfant
CPE	:	Centre de la petite enfance
CR	:	Computed radiology
CRID	:	Centre de référence pour investigation (PQDCS)
DFI	:	Direction régionale des finances et des immobilisations
DGAMU	:	Direction générale des affaires médicales et universitaires, ministère de la Santé et des Services sociaux
DPGCRH	:	Direction régionale de la planification, de la gestion du changement et des ressources humaines
DR	:	Direct radiology
DRMG	:	Département régional de médecine générale
DRRC	:	Dépôt régional résultats cliniques
DSP	:	Direction régionale de santé publique
DSPAMU	:	Direction régionale de la santé physique, des affaires médicales et universitaires
ESCC	:	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
GMF	:	Groupe de médecine de famille
INSPQ	:	Institut national de santé publique du Québec
IU	:	Institut universitaire
MSSS	:	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OC	:	Organismes communautaires
PQDCS	:	Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN
PREM	:	Plan régional des effectifs médicaux
QEF	:	Québec en forme
RUIS-UL	:	Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval
SGAS	:	Système de gestion de l'accessibilité aux services

INTRODUCTION

Dans le cadre des travaux d'implantation du *Programme national de lutte contre le cancer « Pour lutter efficacement contre le cancer, formons équipe »*, le ministère de la Santé et des Services sociaux a demandé aux régies régionales de la santé et des services sociaux de se doter d'un plan de lutte contre le cancer. Dans cette perspective, chacune des agences doit déposer au Ministère un plan d'action régional pour le 1er avril 2004.

Le présent document « *Ensemble avec et pour la personne atteinte de cancer et de ses proches* » constitue le Plan d'action 2004-2007 pour la lutte contre le cancer dans la région de la Capitale nationale. Ce plan d'action est une étape significative dans l'implantation du Programme de lutte contre le cancer dans la région. Il jette les bases pour la région tant du « où veut-on aller » que du « comment y va-t-on ». La personne atteinte de cancer et ses proches ont des besoins. Elle formule notamment le besoin d'être accompagnée et d'être aidée à traverser sa maladie et à faire face à ses conséquences. Le présent plan d'action veut donner au plan régional les cibles afin d'installer une synergie entre les actions de chacun des acteurs pour qu'ensemble, et avec les personnes atteintes, leur lutte contre le cancer soit soutenue.

Ce plan d'action fait suite à *l'État de situation régional sur la lutte contre le cancer dans la région de Québec* qui dressait un premier portrait de la région dans ce secteur en avril 2002 et aux travaux du Comité régional de lutte contre le cancer qui a le mandat de définir et de contribuer à mettre en œuvre le modèle d'organisation des services de lutte contre le cancer.

Il s'inscrit également en conformité avec le Programme québécois de lutte contre le cancer qui prévoit la mise en place d'un réseau de services d'oncologie au service des personnes atteintes s'appuyant notamment sur des équipes interdisciplinaires travaillant en réseau pour augmenter l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à ces personnes. Le programme couvre l'ensemble des éléments de la gamme de services, soit la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement et le soutien, les soins palliatifs ainsi que la formation et la recherche.

La première partie décrit le contexte de l'élaboration du plan d'action. Ce contexte comprend un bref rappel du profil de la région et de son organisation actuelle des services, les éléments d'appui à l'élaboration du plan, les principaux enjeux et les points saillants de l'état de situation régional de 2002 pour les éléments de la gamme de services.

Suivent par la suite, pour chacun des éléments de la gamme de services et pour l'intégration de l'organisation des services, les cibles prioritaires, un énoncé de moyens et les principales instances qui y collaboreront.

Ce plan d'action se situe dans un contexte en mouvance. C'est pourquoi, il demeure évolutif : il pourra ainsi tenir compte tant des changements dans les besoins des personnes atteintes, dans l'organisation des services, que des nouvelles dynamiques qui se mettent en place.

LE CONTEXTE

BREF RAPPEL DU PROFIL SOCIOSANITAIRE DE LA RÉGION

La population recensée en 2001 dans la région de Québec est de 651 910 personnes, ce qui correspond à une faible croissance (de moins de 1,2 %) depuis le recensement de 1996 (Institut de la statistique du Québec, 2003). La proportion des personnes de 65 ans et plus atteint 14 % en 2001; elle est légèrement plus élevée que celle de l'ensemble du Québec, qui est de 13 %. Ce groupe augmente en nombre et en pourcentage relatif par rapport à l'ensemble de la population.

La région connaît une situation socio-économique plus enviable que l'ensemble du Québec (Pageau et autres, 2001).

Selon une enquête de santé menée en 2000-2001, la population de la région présente un portrait un peu plus favorable que l'ensemble du Québec en ce qui concerne les principaux facteurs de risque relatifs au cancer – tabagisme, excès de poids, faible consommation de fruits et légumes, consommation d'alcool, sédentarité – (Statistique Canada 2003), et ce, même si en 1998 près du tiers (160 000 personnes) de la population de 15 ans et plus fumait et plus du quart (136 000 personnes) présentait un excès de poids.

Entre 1994 et 1998, une moyenne annuelle de 2 782 nouveaux cas de cancer a été dénombrée avec un taux ajusté d'incidence de 413 pour 100 000 personnes.

Pour les résidants de la région de la Capitale nationale, durant la période 1995-1999, une moyenne de 4 860 hospitalisations par année a été effectuée dans une unité de soins de courte durée pour le traitement de cancers, soit près de 10 % de l'ensemble des hospitalisations régionales (52 595), toutes causes confondues. Ces hospitalisations pour cancer sont plus nombreuses chez les femmes (2 775) que chez les hommes (2 085).

Le nombre annuel moyen de décès par cancer est de 1 496 en 1997-1999. Le taux ajusté de mortalité chez les hommes est de 286 pour 100 000 et de 170 pour 100 000 chez les femmes, ce qui se compare à la moyenne provinciale de 280 pour 100 000 hommes et de 169 pour 100 000 femmes.

En ce qui concerne les quatre sièges de cancers les plus fréquents – poumon, côlon et rectum, sein et prostate –, la situation se compare à l'ensemble du Québec.

La région fait partie de celles où le taux de mortalité par cancer du sein est un peu plus élevé et le taux de mortalité par cancer de la prostate, l'un des plus faibles.

La probabilité d'être atteint d'un cancer augmente avec l'âge. Dans la région, la population vieillit, et ce, plus rapidement dans certains territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC) que dans d'autres, ce qui influencera en partie les besoins futurs en services et soins hospitaliers et ambulatoires, dans la lutte contre le cancer.

BREF RAPPEL DE L'ORGANISATION DES SERVICES

La région est divisée actuellement en sept territoires de services. Chacun de ces territoires possède ses caractéristiques propres en ce qui concerne le bassin de population, les caractéristiques sociodémographiques, la croissance démographique et la ruralité/urbanité.

Sept des huit CLSC cumulent les missions de CLSC et de centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD). Un de ces établissements possède également une mission universitaire.

La région dispose de cinq centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS), dont trois à vocation universitaire et situés en milieu urbain, comptent six installations. Dans le territoire de Charlevoix, le regroupement des établissements de Charlevoix (CLSC Charlevoix, Centre hospitalier de Charlevoix, Centre hospitalier Saint-Joseph de La Malbaie) soutient une mission de CHSGS offerte sur deux sites. Tous ces centres offrent des services d'oncologie.

La Maison Michel-Sarrazin, centre de soins palliatifs à vocation suprarégionale, et quatre CHSLD offrent des services spécifiques d'hébergement aux personnes atteintes de cancer.

En complémentarité aux services offerts par le réseau public, les personnes atteintes de cancer peuvent compter sur les services de dix-sept organismes de la communauté, dont six reconnus à titre d'organismes communautaires.

Étant une région universitaire avec faculté de médecine, la région dispose du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL).

De plus, s'appuyant sur l'expression et l'argumentation des gens de la région, le conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale a entériné, lors de sa séance du 29 avril 2004, la recommandation du « Modèle d'organisation de services de santé et de services sociaux intégrés ». Ce modèle, recommandé au ministre de la Santé et des Services sociaux, se résume en cinq points :

- « quatre territoires locaux pour l'ensemble de la région, soit Portneuf, Charlevoix, Québec-Sud : composé des anciens territoires Sainte-Foy – Sillery – Laurentien et Québec-Centre, et Québec-Nord : composé des anciens territoires Orléans, La Source et De la Jacques-Cartier;
- la fusion conséquente des établissements situés sur ces mêmes territoires, en demandant l'application de l'exception à la règle, soit l'exclusion des hôpitaux universitaires des instances locales et l'examen d'une situation particulière pour la communauté anglophone;
- le renforcement des services de première ligne par le transfert de responsabilités de l'hôpital vers l'instance locale, sans nécessairement déplacer le personnel des lieux de travail d'origine, permettant ainsi une interdépendance entre l'hôpital et l'instance locale;
- la mise en place d'autres leviers d'interdépendance telles la réalisation d'un projet de partage de l'information par la mise en place d'une infrastructure électronique et d'une infostructure commune à l'ensemble des professionnels de la santé, avec le consentement de leurs patients, dans le cadre du projet d'informatisation du réseau, et la mise en place d'un processus plus encadré de rédaction, de suivi et même d'arbitrage des ententes de services;
- enfin, l'engagement de l'ensemble des partenaires à la réalisation du modèle régional d'organisation de services intégrés et le renforcement du processus de gestion du projet régional par un comité directeur, composé des principaux représentants des producteurs de services, responsable de la rédaction et de la réalisation du plan de mise en œuvre »[1].

L'annexe 1 présente la géographie actuelle du territoire de la Capitale nationale et la localisation des établissements.

[1] Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. Le modèle régional d'organisation des services de santé et de services sociaux intégrés : « Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité », recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux, 30 avril 2004, 46 p.

LES ÉLÉMENTS CLÉS POUR L'ÉLABORATION DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL

Le plan d'action régional s'appuie sur les éléments clés suivants :

- la conformité avec le Programme québécois de lutte contre le cancer couvrant tous les volets de la gamme de services, soit la prévention, la détection précoce, l'investigation, le traitement, l'adaptation et le soutien, les soins palliatifs ainsi que la formation et la recherche. Ce programme national de lutte contre le cancer prévoit la mise en place d'un réseau de services d'oncologie au service des personnes atteintes s'appuyant notamment sur des équipes interdisciplinaires travaillant en réseau pour favoriser l'accessibilité, la continuité et la qualité des services offerts à ces personnes atteintes de cancer;

- l'état de situation régional 2001-2002 sur la lutte contre le cancer, qui faisait état des services offerts notamment aux forces à optimiser, aux améliorations à apporter et aux enjeux pour chacun des éléments de la gamme de services;

- les priorités du Comité régional de lutte contre le cancer pour l'organisation des services dans la région de Québec :
  - la définition des critères et des conditions de la reconnaissance d'équipes d'oncologie selon les différents niveaux de services;
  - la considération, dans un premier temps, des équipes pouvant potentiellement obtenir une reconnaissance à titre d'équipe suprarégionale, et ce, en fonction de l'offre de service qui est faite dans la région;
  - la considération des équipes régionales et locales dans un deuxième temps;

- le Plan d'action régional en santé publique 2004-2007, découlant du Programme national de santé publique, qui circonscrit les cibles d'actions prioritaires pour la région, dont certains volets ont un lien direct avec la lutte contre le cancer, notamment en ce qui concerne :
  - les habitudes de vie et les maladies chroniques liées au tabagisme, à l'alimentation et à l'activité physique;
  - le dépistage des cancers, cancer du sein et autres;
  - la santé environnementale;
  - la santé et la sécurité en milieu de travail;

- les orientations retenues au plan régional pour l'organisation des services en soins palliatifs à la suite du rapport sur l'organisation des services médicaux dans la région de Québec et le plan de travail du Comité régional des soins palliatifs pour la mise en œuvre de ces orientations;

- les actions retenues lors de la concertation effectuée par un groupe d'organismes communautaires et autres organismes œuvrant auprès des personnes atteintes de cancer.

LES PRINCIPAUX ENJEUX ET LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX POUR LA RÉGION

Des enjeux :

- l'adoption et l'application d'un leitmotiv de base : une organisation des services réellement au service des personnes atteintes de cancer;
- le développement d'une vision régionale des services d'oncologie au-delà des spécificités de chacun des établissements;
- le développement de services sur une base locale et son corollaire des services régionaux et suprarégionaux en oncologie en appui aux services locaux;
- la continuité et la complémentarité des services offerts aux personnes atteintes et à leurs proches;
- un niveau de ressources suffisantes;
- des conditions facilitantes pour maintenir et favoriser l'implication des ressources humaines.

L'approche privilégiée :

- développer à partir des forces manifestes existantes dans la région;
- assurer un développement progressif;
- après avoir défini l'orientation, respecter l'imputabilité des responsables d'équipes et des établissements impliqués;
- avancer à un rythme soutenu tout en respectant les étapes de changement;
- impliquer les personnes atteintes, les professionnels et les acteurs dans la définition et la mise en place du plan d'action.

Les objectifs retenus :

- prévenir l'apparition du cancer par des actions visant l'adoption de saines habitudes de vie, la santé environnementale et la sécurité en milieu de travail;
- détecter de façon précoce les cancers par l'augmentation de la participation des femmes au Programme de dépistage du cancer du sein et le soutien aux cliniciens pour la détection précoce tant du cancer du sein que du cancer du col utérin;
- implanter un réseau d'équipes interdisciplinaires en oncologie ayant développé des liens fonctionnels et formels;
- augmenter l'intégration et la continuité des services d'investigation, de traitement d'adaptation et de soutien cliniques aux personnes atteintes;
- augmenter l'accessibilité des services à la population, notamment en investigation, en adaptation et soutien, et en soins palliatifs;
- consolider l'intégration dans l'organisation des services par une gouverne régionale, la circulation de l'information, la surveillance, la formation et la gestion de la qualité.

LES POINTS SAILLANTS DE L'ÉTAT DE SITUATION POUR LA GAMME DE SERVICES

Tels que définis à l'État de situation régional sur la lutte contre le cancer, les enjeux spécifiques pour chacun des éléments de la gamme de services demeurent les suivants :

- *LE VOLET PROMOTION ET PRÉVENTION*
  - La promotion/prévention comme partie intégrante de la gamme de services;
  - l'arrimage et la création de ponts entre les différents partenaires, sans lesquels il serait difficilement possible de réaliser les différentes actions;
  - la documentation des facteurs spécifiques en lien avec le type de cancer en vue de la mise en place d'un programme de prévention efficace.

- *LE VOLET DÉPISTAGE*
  - La promotion soutenue du programme de dépistage du cancer du sein, notamment au niveau provincial;
  - le maintien et l'augmentation de la participation au programme des femmes de milieux défavorisés, de celles présentant des caractéristiques particulières et des femmes plus âgées;
  - la consolidation de la mobilisation et de l'adhésion des partenaires au programme, principalement celles des médecins de famille;
  - le rappel des lignes directrices pour le dépistage opportuniste pour les autres sièges de cancer.

- *LE VOLET INVESTIGATION*
  - L'augmentation de l'accessibilité des examens d'investigation dans des délais raisonnables;
  - la complémentarité entre les méthodes diagnostiques et le traitement.

- *LE VOLET TRAITEMENT*
  - Des mécanismes de continuité et de complémentarité des services à l'intention des personnes atteintes, dont la fonction pivot;
  - l'implantation d'équipes multidisciplinaires et le soutien aux équipes existantes;
  - la participation du médecin de famille;
  - le travail en interdisciplinarité.

- *LE VOLET ADAPTATION, RÉADAPTATION ET SOUTIEN*
  - L'accès à des services d'adaptation dès le diagnostic de cancer;
  - la reconnaissance des organismes communautaires comme acteur spécifique;
  - l'accès à des services de soutien à toutes les étapes de la maladie.

- *LE VOLET SOINS PALLIATIFS*
  - L'accès à des services de soins palliatifs en fonction du besoin réel de la personne et de ses proches, permettant une fin de vie sans douleurs et dans la dignité;
  - l'élargissement des services à toute personne en fin de vie, peu importe le diagnostic;
  - la préparation de la relève;
  - un plan de développement et une coordination régionale.

LES CIBLES D'ACTION RÉGIONALE

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : Promotion/prévention[2]

SECTEUR D'ACTIVITÉS : Tabagisme
Alimentation
Activité physique

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Il est reconnu qu'en agissant sur les habitudes de vie, il est possible de prévenir l'apparition de la plupart des types de cancer. Parmi les causes connues et sur lesquelles il est possible d'agir en adoptant des comportements préventifs, se retrouvent le tabagisme, l'alimentation et la pratique de l'activité physique. Or, dans la région, des efforts supplémentaires doivent être consentis dans la promotion de ces saines habitudes de vie.

Des études attribuent au tabagisme 89 % des cancers du poumon et 32 % de tous les décès par cancer. Malgré la diminution de l'usage du tabac constatée dans tous les groupes d'âge depuis les vingt dernières années, les plus récentes données, fournies par l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2000-2001), indiquent que plus du quart des résidants (12 ans et plus) de la Capitale nationale, soit plus de 158 000 personnes, sont fumeurs et 32 % des non-fumeurs sont exposés à la fumée secondaire. En matière d'alimentation, l'ESCC révèle que seulement 39 % de la population (12 ans et plus) consomme quotidiennement les cinq portions de fruits et de légumes recommandées. Au sujet de l'activité physique, cette même enquête note que 42,4 % de la population (12 ans et plus) est considérée « active »; cette donnée va dans le sens d'autres enquêtes, lesquelles démontrent que la pratique régulière de l'activité physique n'a pas augmenté dans la population québécoise depuis plus de quinze ans.

Des programmes de promotion des saines habitudes de vie sont actuellement en cours dans la région. Ces programmes misent sur la combinaison de stratégies et d'actions jugées prometteuses pour promouvoir l'adoption de comportements préventifs auprès de la population. Parmi ces stratégies, notons le « counseling » des professionnels de la santé. Ces derniers peuvent induire des comportements préventifs chez les usagers du réseau de la santé et des services sociaux. D'autres actions visant à créer des environnements favorables à l'adoption de ces comportements par les adultes et les jeunes sont également entreprises. Plusieurs acteurs sont déjà mobilisés dans des activités et des actions communes contribuant à soutenir l'adoption de saines habitudes de vie dans la population régionale.

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Améliorer les habitudes de vie chez les enfants de moins de 6 ans et leur famille.	Promotion de l'absence de l'exposition à la fumée du tabac et de l'abstinence tabagique auprès des femmes enceintes.	**DSP** CH CLSC OC CPE				■
	Formation des intervenants en périnatalité et en petite enfance afin qu'ils deviennent des agents multiplicateurs en matière de promotion des saines habitudes de vie.	**DSP** CLSC CH OC				

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Améliorer les habitudes de vie chez les jeunes de 6 à 18 ans par la mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion dans divers milieux de vie.	Poursuite du projet Québec en forme dans les 15 écoles de la Basse-Ville de Québec et implantation de la formule dans les autres arrondissements de la ville.	**QEF** DSP CLSC Ville de Québec, , Commission scolaire de la Capitale, Écoles			■	
	Poursuite des projets Écoles actives, Aménagement et animation de la cour d'école, Plaisir sur glace, Marchons vers l'école et Mes premiers jeux.	**DSP** Intersectoriel			■	
	Poursuite des projets tabac : La gang allumée pour une vie sans fumée, Tournée IN VIVO, DE FACTO : la vérité sans filtre, Mission TNT-06.	**DSP/Sport étudiant** Intersectoriel			■	
	Poursuite des projets en activité physique et alimentation : *ISO-ACTIF* et *Chaque jour, moi j'croque 5 fruits et légumes.*	**DSP/Sport étudiant** Intersectoriel			■	
	Poursuite du projet *Bien dans sa tête, Bien dans sa peau* dans les trois écoles ciblées et implantation du projet dans d'autres écoles secondaires.	**DSP** Intersectoriel OC			■	
	Planification d'un projet global et intégré de promotion des saines habitudes de vie en milieu scolaire s'inscrivant dans l'approche globale et concertée.	**DSP** Intersectoriel				■
	Finalisation d'une étude sur l'environnement en milieu scolaire et planification, mise en œuvre d'orientations visant la saine alimentation à l'école.	**DSP** Intersectoriel			■	
	Planification et réalisation d'une étude sur l'environnement alimentaire en milieu municipal et détermination des besoins, des attentes des municipalités quant à la problématique du transport actif.	**DSP** Intersectoriel				■

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Améliorer les habitudes de vie chez les adultes par la mise en œuvre du *Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012.*	Actions éducatives auprès des professionnels de la santé.	**DSP/CLSC** Intersectoriel			■	
	Actions environnementales en milieu de travail.	**DSP/CLSC** Intersectoriel			■	
	Actions environnementales dans la communauté.	**DSP/CLSC** Intersectoriel OC				■
	Poursuite de la campagne *Plaisir sur glace* et réalisation d'une nouvelle campagne *MARCHE* dans les milieux de travail.	**DSP** Intersectoriel			■	
	Consolidation des services individuels et des groupes d'arrêt tabagique.	**DSP/CLSC/CAF**			■	
Améliorer les habitudes de vie de la population en général par des campagnes de promotion.	Campagne 0-5-30 COMBINAISON PRÉVENTION : promotion de 0 fumée de tabac dans l'environnement, de 5 fruits et légumes par jour et de la pratique quotidienne de 30 minutes d'activités physiques.	**DSP/CLSC** Intersectoriel				■

[2] Tiré du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, document de consultation – région de Québec, DSP, décembre 2003.

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Promotion/prévention**[3]

SECTEUR D'ACTIVITÉS : **Santé environnementale**
Santé au travail

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Santé environnementale : la région de Québec, par sa Direction régionale de santé publique (DSP), a été la première dans la province à développer, expérimenter et implanter un programme de sensibilisation des nouveaux parents aux dangers du soleil dès la naissance d'un enfant. Le guide est actuellement disponible dans le réseau des CLSC du Québec via les programmes de périnatalité. Elle s'est également impliquée dans un projet pour améliorer la déclaration des cancers de la peau. Plus de 80 % des nouveaux cas de cancer de la peau sont non déclarés au Québec. La Direction de santé publique a contribué à la mise sur pied d'un comité conjoint pour évaluer les risques à la santé liés à l'usage des appareils de bronzage qui a mené Santé Canada à apporter des modifications à la loi fédérale sur les lampes solaires afin de mieux protéger la santé de la population. La DSP collabore avec l'Association canadienne de dermatologie à la campagne nationale de sensibilisation aux dangers du soleil qui se déroule annuellement. Elle a également tenu une campagne de dépistage du mélanome dans un centre commercial de Québec.

Santé au travail : des intoxications d'origine professionnelle sont déclarées chaque année aux équipes en santé au travail actives auprès de 550 milieux de travail de la région.

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Santé environnementale						
Diminuer l'incidence de certains cancers (peau, poumon, mésothéliome).	Protection contre les rayons ultraviolets	**DSP** Intersectoriel		■		
	Cessation de l'exposition aux particules libérées par les matériaux contenant de l'amiante	**DSP** Intersectoriel		■		
Santé au travail						
Réduire l'incidence des intoxications professionnelles et des cancers professionnels.	Élaboration et mise en place d'un programme de lutte contre les cancers professionnels	**DSP** CLSC				■
	Implantation d'une approche de lutte contre le cancer par exposition au tabagisme passif en milieu de travail	**DSP** CLSC				■
	Surveillance du mésothéliome malin	**DSP**				■

[3] Tiré du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, document de consultation – région de Québec, DSP, décembre 2003.

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : Dépistage[4]

Secteur d'activités : Dépistage du cancer du sein et du cancer du col utérin

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Chaque année, un cancer du sein est diagnostiqué chez près de 425 femmes résidant dans la région de Québec. Ce cancer est la deuxième cause de mortalité par cancer chez la femme. Le Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS), implanté depuis mai 1998 dans la région, vise à réduire de 25 % la mortalité par cancer du sein en amenant 70 % des femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage aux deux ans.

Du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2002, 67,7 % des femmes de la région ont passé mammographie (de dépistage ou diagnostique), soit une proportion supérieure à celle de l'ensemble du Québec (63,2 %). Entre juillet 2001 et juin 2003, soit le dernier cycle de deux ans, 55,6 % des femmes de 50 à 69 ans ont participé au programme de dépistage (moyenne provinciale de 46,3%). Ce taux s'est amélioré sensiblement par rapport aux premières années de fonctionnement du programme (47,8% pour les années 1999-2000). Toutefois, la participation décroît avec l'âge et varie d'un territoire d'un centre local de services communautaires (CLSC) à l'autre. La littérature et certaines données indiquent que les femmes avec caractéristiques particulières (issues de milieux défavorisés, handicapées ou immigrantes) participent moins au programme. Des activités de promotion sensibilisation/mobilisation visent à favoriser la participation des femmes au PQDCS. Certaines activités s'adressent aux femmes, d'autres aux médecins afin qu'ils incitent les femmes qui les consultent à passer une mammographie de dépistage.

En 2000, le taux de fidélité au programme (pourcentage de femmes se présentant pour une seconde mammographie dans un délai de 30 mois suivant la première mammographie) est plus élevé chez les femmes qui ont un premier résultat normal (76 %) que chez celles qui ont un résultat anormal (51 %). Comme dans l'ensemble des régions du Québec, le taux de référence pour investigation est plus élevé que la cible visée dans le cadre de référence du PQDCS (11,4 % sur quatre ans, pour une cible de 7 % pour les mammographies initiales). La majorité des femmes requérant des examens d'investigation ont fréquenté un centre du programme. En conformité avec les orientations ministérielles, les centres de dépistage ont effectué des examens radiologiques complémentaires pour les femmes dont la mammographie de dépistage présentait des anomalies. Selon les données fournies par le centre de référence pour investigation, plus de 1 700 femmes ont été reçues par le centre pour investigation en 2002-2003.

Pour l'année 2000-2001, 159 cancers ont été détectés chez les femmes ayant passé une mammographie initiale soit un taux de détection de 7 pour 1 000 femmes dépistées (norme provinciale = 5/1 000 femmes dépistées). Chez les femmes ayant eu une mammographie subséquente, 108 cancers ont été détectés, soit un taux de détection de 5,3 pour 1 000 femmes dépistées (norme provinciale = 3,5/1 000 femmes dépistées).

À toutes les phases du programme, les femmes, lorsque nécessaire, ont également accès à des services de « counselling » et de soutien psychosocial. Ainsi, en 2002-2003, durant la période d'investigation ou de traitement, 155 femmes ont utilisé ces services psychosociaux. Un comité régional d'assurance de qualité a amorcé ses travaux, la consolidation d'activités d'assurance de qualité étant un élément important pour assurer le suivi de l'évolution du programme dans l'optique d'une amélioration continue des services.

De plus, un comité régional assure l'orientation et la coordination du programme pour la région.

En plus du cancer du sein, *le Programme national de santé publique* cible la détection précoce du cancer du col utérin. En 1998, 64,4 % des femmes de 15 ans et plus de la région disent avoir passé un test PAP de dépistage du cancer du col utérin.

Les objectifs et les actions qui suivent sont en concordance avec le Plan d'action régional de santé publique 2004-2007.

OBJECTIF :	Diminuer la mortalité par cancer					
Cibles prioritaires	**Actions**	**Responsables** /Partenaires	**Indicateurs de résultats**	**Ressources**		
				M	**C**	**D**
Augmenter la participation des femmes de 50 à 69 ans au Programme québécois de dépistage du cancer du sein par la consolidation du programme.	Réaliser les activités de mobilisation des femmes, dont :					
	• des activités de promotion du PQDCS initiées à partir d'un plan de communication;	**CCSR** DSPAMU DPGCRH			■	
	• le maintien de projets locaux de sensibilisation/mobilisation communautaire dans quatre territoires de CLSC;	**DSP** CLSC			■	
	• le développement de projets de sensibilisation/mobilisation communautaire dans les autres territoires de CLSC;	**DSP** CLSC				■
	• des activités de sensibilisation des femmes en milieu de travail;	**DSP**		■		
	• des activités de mobilisation communautaire des femmes en milieux défavorisés des secteurs Basse-Ville et Limoilou;	**DSP** CLSC Organismes communautaires			■	
	réaliser les activités à l'intention des médecins de la région pour maintenir leur adhésion au programme et les inciter à encourager les femmes de 50 à 69 ans à participer au programme;	**DSP/CCSR**			■	
	poursuivre les activités de dépistage et d'investigation;	**Centres du programme** DSPAMU		■		
	consolider les activités du centre de coordination des services régionaux.	**CCSR** DSPAMU			■	
Consolider l'assurance qualité du PQDCS.	Désigner un responsable de la fonction assurance qualité;	**DSP**			■	
	maintenir l'accréditation des centres du programme;	**Centres du programme** **DSPAMU**		■		
	poursuivre l'évaluation du programme dans une perspective d'assurance de qualité;	**DSP**		■		

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Consolider l'assurance qualité du PQDCS (suite).	poursuivre les activités du comité régional d'assurance qualité du PQDCS;	**DSP** CCSR Centres du programme			■	
	mettre en place un projet de démonstration portant sur la révision des pratiques de l'équipe interdisciplinaire du Centre de référence pour investigation désigné (CRID).	**DSP/INSPQ**				■
Soutenir les cliniciens dans la détection précoce des cancers du sein et du col utérin.	Développer des actions auprès des médecins pour favoriser les pratiques préventives en lien avec la détection précoce;	**DSP**				■
	déterminer les interventions de santé publique pour améliorer la détection précoce du cancer du col utérin.	**MSSS** DSP				■
Faire les représentations pour évaluer la pertinence de mettre en place des activités de dépistage du cancer colorectal.		**DSP** INSP MSSS				■

[4] Adapté du Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, document de consultation – Région de Québec, DSP, décembre 2003.

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Investigation, de traitement et de soutien**

SECTEUR D'ACTIVITÉS : **Implantation des équipes d'oncologie**

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Les clientèles de la région consomment leurs services à près de 99 % dans la région. Par contre, un peu plus de 30 % des hospitalisations effectuées pour cause de cancer, le sont pour des clientèles en provenance de la région.

La région de Québec, pour la quasi-totalité des sièges de tumeurs, dispose de professionnels spécialisés dans le traitement des maladies cancéreuses. Le développement des services dans la région s'est fait à partir de chacun des milieux en fonction de leur perception des besoins sans nécessairement tenir compte d'une vision régionale des services.

Selon les principaux constats qui se dégagent de l'état de situation, les actions de l'année 2002-2003 ont porté principalement sur l'offre de service d'investigation et de traitement par des équipes d'oncologie. Le comité régional a travaillé à **définir les conditions et critères de la reconnaissance des équipes d'oncologie pour les différents niveaux de services.**

Ces conditions concernent :

- l'accessibilité des services pour les clientèles, dont la préséance de la clientèle atteinte de cancer pour l'obtention des services, de la mise en place d'une organisation de services assurant le respect d'un délai d'attente acceptable, soit un mois ou moins;
- la continuité des services, dont un protocole de prise en charge, la coordination des services (fonction pivot), une équipe multidisciplinaire agissant en interdisciplinarité, la reconnaissance du rôle du médecin de famille, la transmission de l'information dans un temps opportun, des services de soutien et des soins palliatifs disponibles pour cette clientèle;
- la qualité des services et le développement de l'expertise dont des mécanismes d'assurance de qualité, de la mise à jour et du développement des connaissances (enseignement et recherche);
- les conditions spécifiques à chacun des niveaux de services, soit local, régional et suprarégional.

Les travaux actuels en vue de doter la région d'un plan d'action portent sur **la concordance entre ces conditions et critères et la réalité des équipes existantes en vue de leur participation au programme**. Depuis l'année 2002-2003, en vue de recommander la reconnaissance d'un certain nombre d'équipes qui s'inscriront dans une architecture d'organisation des services qui assurera un accès et un continuum de services à la clientèle oncologique, le comité régional a réalisé des rencontres avec des équipes spécialisées dans différents sièges tumoraux ou dispensant des services sur une base territoriale. Plus de 20 équipes ont été rencontrées afin de préciser leur offre de service dans le cadre du Programme régional de lutte contre le cancer.

Huit de ces équipes ont fait l'objet d'une **reconnaissance provisoire** par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, en attendant que chacune de ces équipes remplisse l'ensemble des éléments définis dans leur mandat spécifique :

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS (suite) :

- l'équipe en oncologie gynécologique de L'Hôtel-Dieu de Québec du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ);
- l'équipe en oncologie musculosquelettique de L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ;
- l'équipe en oncologie pulmonaire de l'Hôpital Laval;
- l'équipe en oncologie du sein de l'Hôpital du Saint-Sacrement du Centre hospitalier *affilié* universitaire de Québec (CHA);
- l'équipe régionale en urologie oncologique de L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ;
- l'équipe en oncologie neurologique de l'Hôpital de L'Enfant-Jésus du CHA;
- l'équipe en oncologie digestive de L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ;
- l'équipe en oncologie tête et cou avec leadership à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ en maintenant l'activité chirurgicale à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

À ce jour, le « Ministère a accueilli favorablement la recommandation de la Régie régionale de Québec pour qu'un statut d'équipe suprarégionale soit accordé » à chacune de ces équipes.

Chacune de ces équipes doit compléter les travaux requis pour remplir le mandat spécifique dévolu à une équipe suprarégionale et faire rapport à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale un an après sa reconnaissance. Les équipes recommandées, à titre d'équipe suprarégionale, exerceront *de facto* un mandat régional pour le siège de cancer visé.

Chacun des CLSC/CHSLD de la région a désigné un porteur de dossier pour le dossier cancer dont le mandat est de définir l'**offre de service** aux personnes atteintes de cancer **de son territoire**. Ces porteurs de dossiers sont à définir un tronc commun minimal de services à implanter dans leur établissement pour desservir les personnes atteintes de cancer de leur territoire.

L'annexe 2, « Équipes multidisciplinaires en oncologie », fournit une représentation graphique de ce que pourra être le réseau de services d'oncologie dans la région.

OBJECTIF : Implanter les équipes d'oncologie

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Reconnaître conditionnellement, dans le tiers des réseaux locaux de services, une équipe locale interdisciplinaire satisfaisant aux conditions minimales.	Consécutivement à la mise en place des réseaux locaux de services : • faire la concordance entre les conditions et critères de reconnaissance et la réalité des équipes traitant les cancers les plus fréquents; • définir le mandat de ces équipes.	**CA/DSPAMU**	Nombre d'équipes reconnues sur le nombre de réseaux locaux de services		■	
Reconnaître conditionnellement une équipe régionale interdisciplinaire satisfaisant aux conditions minimales pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, prostate, colorectal).	Adapter, pour la région, les fonctions de l'équipe régionale. Faire la concordance entre les conditions et critères de reconnaissance et la réalité des équipes traitant les cancers les plus fréquents. Définir le mandat de ces équipes.	**DSPAMU/CA**	Nombre d'équipes reconnues		■	

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Finaliser la reconnaissance conditionnelle des équipes suprarégionales interdis-ciplinaires satisfaisant aux conditions minimales, dont les équipes en cancers pédiatriques et cutanés.	Faire la concordance entre les conditons et critères de reconnaissance et la réalité des équipes traitant les cancers pédiatriques et les cancers cutanés. Définir le mandat de ces équipes.	**CA/DSPAMU**	Nombre d'équipes reconnues		■	
Mettre à jour les mandats de chacune des équipes reconnues conditionnellement à la suite du dépôt de leur rapport sur l'avancement de leurs travaux.	Soutenir la progression de l'équipe. Réviser la progression de l'équipe dans chacun des éléments du mandat confié. Recommander les suites à donner.	**Établissement** DSPAMU **DSPAMU**/CA **Comité régional de lutte contre le cancer**	Rapport d'évolution des équipes Avis à la suite de l'analyse du rapport de l'équipe		■	
Définir et mettre en place une offre de service dans les CLSC/Centre de santé à l'intention des personnes atteintes de cancer et de leurs proches	Mettre en place une équipe en première ligne avec infirmière en oncologie et travailleur social.	**CLSC-CHSLD** DSPAMU	Offre de service disponible			■

Légende
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Investigation/Traitement/Soutien**

SECTEUR D'ACTIVITÉS : **Intégration des services cliniques**

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

L'état de situation régional fait ressortir que la continuité et la complémentarité des services sont des points à bonifier.

Quelques équipes sont multidisciplinaires et disposent d'un intervenant pivot.

Le mandat de chaque équipe reconnue provisoirement définit des responsabilités par rapport à la continuité des services dont notamment : la mise en place d'une fonction pivot, une équipe multidisciplinaire médicale et paramédicale fonctionnant en interdisciplinarité, des liens fonctionnels par le développement d'un réseau interactif dans un même site de cancer, la mise en place d'un lien de communication avec le médecin de famille.

Actuellement, le réseau public connaît peu les services offerts par les différents organismes communautaires et de la communauté et par conséquent utilise peu les services développés pour répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer. Une concertation, s'appuyant sur le respect de la différence et de la compétence de chaque groupe, est amorcée entre un certain nombre d'organismes communautaires et de la communauté œuvrant dans la région auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches afin d'améliorer leurs services.

OBJECTIF : **Assurer l'intégration et la continuité des services cliniques**

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Mettre en place une fonction pivot dans les équipes reconnues.		**Établissements** des équipes reconnues Agence MSSS	Nombre de fonctions pivots/ nombre d'équipes reconnues		■	■
Mettre en place des cliniques des tumeurs dans chacune des équipes régionales et supra-régionales reconnues incluant la participation des équipes locales.		**Responsable des équipes reconnues**	Nombre de cliniques des tumeurs fonctionnelles/ nombre d'équipes reconnues		■	
Mettre en place et consolider des équipes multidisciplinaires fonctionnant en interdisciplinarité dans les équipes reconnues.	Composer les équipes. Désigner un responsable. Définir les modes de fonctionnement en interdisciplinarité.	**Responsable des équipes reconnues**	Nombre d'équipes interdisciplinaires /nombre d'équipes reconnues		■	■
Développer des outils de communication à l'usage des équipes.	Développer des outils cliniques standardisés pour au moins deux sièges de cancer les plus fréquents.	Membres de deux équipes reconnues				■

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
	Mettre en place un système de visioconférence tant pour la consultation que pour les cliniques des tumeurs.	**Équipes reconnues** **Établissements** DSPAMU DPGCRH	Nombre d'ententes d'utilisation de visioconférence			■
Établir des ententes et une cohésion sur l'investigation, le traitement et le suivi entre les différentes équipes et les professionnels traitant un même siège tumoral.		**Équipes reconnues**				■
Établir des ententes de services interétablissements formalisant les corridors de services et les liens fonctionnels entre les équipes actives auprès des personnes atteintes d'un même cancer.		**Établissements** des équipes reconnues DSPAMU				■
Mettre en place des mécanismes réguliers d'échange et de collaboration entre les intervenants pivots.		**Établissements** DSPAMU				■
Reconnaître la contribution des organismes communautaires auprès des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.	Réaliser un dépliant publicitaire commun présentant leurs services par huit organismes.	**Organismes communautaires et autres organismes de la communauté** Établissements Agence				■
	Développer un outil de référence/bottin des ressources communautaires actives dans la lutte contre le cancer.	**Organismes communautaires et autres organismes de la communauté** Établissements Agence				■
	Organiser une rencontre annuelle entre les organismes et les représentants du Comité régional de lutte contre le cancer.	**Président du comité régional** Organismes communautaires				■

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Investigation/Traitement/Soutien**

SECTEUR D'ACTIVITÉS : **Services à la population**

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Bien que des **services de soutien aux personnes** soient accessibles, ces services constituent « le parent pauvre » dans la gamme des services d'oncologie offerts dans la région. La majorité des milieux n'ont pas d'intervenants attitrés en oncologie, que ce soit pour l'adaptation à la maladie, la réadaptation ou pour l'assistance à la personne dans les activités reliées à la maladie ou à ses répercussions.

L'absence de **corridors préétablis** rend difficile l'accès aux plateaux techniques spécialisés à la phase diagnostique.

L'accès aux centres de prélèvement est évalué aux six mois. La dernière évaluation indique un accès convenable aux prélèvements à l'exception de deux sites pour lesquels des éléments de résorption des écarts ont été mis en place. La mise en place d'un système de requêtes – résultats permet une plus grande accessibilité des résultats, et deux sites ont mené à terme leurs travaux en ce sens (Centre hospitalier universitaire de Québec – CHUQ, Hôpital Laval).

L'accès au service d'imagerie ne bénéficie pas actuellement d'un système de mesure et de gestion de l'accès comme le recommande le vérificateur général du Québec. Certains délais d'accès ont été corrigés au cours de la dernière année, notamment en résonance magnétique. Les trois sites principaux sont dotés d'un système d'information en imagerie. Par contre, pour certaines modalités d'imagerie (fluoroscopie, résonance, CT scan, tomographie, échographie, « *Direct radiology* » *(DR)*, « *Computed radiology* » *(CR)*, angiographie, etc.), les trois principaux sites de la région en sont à différents degrés d'informatisation. De plus, leur capacité d'archivage numérique (système PACS) est limitée. On peut dire sans trop se tromper que l'Hôpital Laval aura une imagerie sans film d'ici 12 à 18 mois. Quant aux deux autres sites, divers projets sont en cours mais ce sera plus long.

La mise en place d'un **Dépôt régional des résultats cliniques** (DRRC) est projetée en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les établissements en vue de rendre accessibles, aux professionnels autorisés, les résultats de laboratoire et les rapports de résultats d'imagerie, et ce, avec le consentement des bénéficiaires. Actuellement, un projet pilote impliquant deux groupes de médecine de famille (GMF) est en cours pour évaluer les ressources matérielles et logicielles requises pour établir cette banque de résultats.

L'accès aux services de radio-oncologie est en nette amélioration. Depuis l'ajout des deux accélérateurs linéaires à L'Hôtel-Dieu de Québec du CHUQ en 2001-2002 et 2002-2003, le délai d'attente a diminué rapidement pour se maintenir dans un délai inférieur à 8 semaines, soit l'indicateur retenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux. De plus, le Système de gestion de l'accessibilité aux services (SGAS) est actuellement en déploiement à L'Hôtel-Dieu de Québec.

Globalement, pour ce qui est des **équipements liés à l'investigation et aux traitements** du cancer, différentes démarches de renouvellement et d'acquisition sont en cours actuellement, par l'entremise du Plan triennal des équipements et du suivi du parc d'équipement du programme de radio-oncologie. Globalement, six caméras de médecine nucléaire sont à remplacer dans les différents établissements de Québec. De façon spécifique, l'Hôpital Laval demande l'acquisition d'un système d'échographie endoscopique transoesophagienne pour la clientèle atteinte de cancer du poumon. Le CHA demande le renouvellement d'un mammographe pour la clientèle atteinte de cancer du sein. Le CHUQ, pour sa part, est à renouveler un accélérateur linéaire et en démarche pour l'acquisition d'un appareil de tomothérapie. À l'échelle régionale, l'acquisition de caméras de tomographie par émission de positrons est convoitée et fait l'objet de demandes incessantes de la part de tous les spécialistes en oncologie.

Selon les **plans d'effectifs médicaux** (PREM) reconnus, même s'il existe une activité suprarégionale significative dans la région, les services médicaux, notamment les services spécialisés, sont accessibles en comparaison à ce qui est constaté dans l'ensemble du Québec. La reconnaissance des équipes peut cependant demander certains ajustements dans les plans d'effectifs médicaux pour permettre à certaines équipes de remplir leur mandat.

OBJECTIF : Augmenter l'accessibilité des services aux clientèles						
Cibles prioritaires	**Actions**	**Responsables** /Partenaires	**Indicateurs de résultats**	**Ressources**		
				M	**C**	**D**
Augmenter l'accès aux services de soutien dès le diagnostic et à chacune des étapes de la maladie	Avoir un intervenant psychosocial attitré dans chacune des équipes reconnues	Responsable d'équipe reconnue	Nombre d'équipes ayant un intervenant psychosocial attitré		■	■
	Développer des liens fonctionnels entre les services de la communauté et les équipes spécialisées	**Établissement** OC Agence			■	
Maintenir l'accès à des services de radiothérapie à l'intérieur d'un délai de huit semaines		**CHUQ-** services de radio-oncologie	Nombre de personnes en attente de plus de huit semaines	■		
Finaliser le déploiement du système informatisé de l'accès aux services (SGAS) d'ici décembre 2004 au service de radio-oncologie	Mettre en application le SGAS	**CHUQ-** services de radio-oncologie	SGAS fonctionnel en décembre 2004			■
Prévoir l'ajustement des plans d'effectifs médicaux pour permettre aux équipes reconnues de réaliser leur mandat		**Établissements** DSPAMU			■	
	Faire les représentations pour la reconnaissance de modes de pratique adaptés aux médecins à temps partiel	**Établissements** **Agence** RUIS-UL MSSS				
Disposer des équipements permettant l'accès à l'investigation et au traitement pour les personnes atteintes de cancer	Finaliser l'informatisation des Laboratoires et la mise en place du système requêtes – résultats.	**Établissements** **DPGCRH** DSPAMU			■	■
	Finaliser l'informatisation des services d'imagerie et les liens par un processus de lecture à distance pour les centres non informatisés.	**DPGCRH** **Établissements**			■	■
	Mettre en place un dépôt régional de données de requêtes et de résultats de laboratoires et d'imagerie pour les établissements régionaux.	**Établissements** **DPGCRH** **DFI** DSPAMU, MSSS				■
	Ajouter quatre appareils de résonance magnétique dans la région, soit au CHUL (complété), à L'Hôtel-Dieu de Québec, à l'Hôpital du Saint-Sacrement et à l'Hôpital Laval.	**Agence** Établissements				■

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Disposer des équipements permettant l'accès à l'investigation et au traitement pour les personnes atteintes de cancer (suite)	Prioriser dans le plan triennal d'équipements les équipements nécessaires pour la réalisation des mandats des équipes reconnues en oncologie.	**Établissements** **DFI** DSPAMU				■
	Assurer le renouvellement du parc d'équipements en radio-oncologie.	**CHUQ**		■		
	Faire l'expérimentation clinique de la tomothérapie.	**CHUQ**				■

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Soins palliatifs**

SECTEUR D'ACTIVITÉS :

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Bien que de plus en plus de milieux offrent ces services, l'accès à des services de soins palliatifs en fonction du besoin réel de la personne et de ses proches demeure aléatoire et dépend du lieu où se trouve la personne.

Les ressources de soutien pour faciliter le « mourir à domicile » font défaut, de même que des ressources d'hébergement pour les personnes présentant un pronostic de vie de plus de deux mois.

Compte tenu des ressources en place, la préparation de la relève constitue un élément primordial.

Le Comité sur l'organisation des services médicaux dans la région de Québec a retenu quatre cibles d'action en matière de soins palliatifs. Ces cibles ont été adoptées par le conseil d'administration de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de la région de Québec. La situation actuelle eu égard à ces cibles d'action se présente ainsi :

- un groupe de travail (Comité régional sur les soins palliatifs) composé majoritairement de cliniciens des différents établissements et d'organismes communautaires et relevant du Comité régional de lutte contre le cancer a le mandat de planifier et de soutenir le développement de soins palliatifs dans la région pour toutes personnes avec maladies incurables. Le comité est appuyé par une équipe de travail;

- les ressources spécifiques d'hébergement en soins palliatifs actuellement disponibles dans la région ne recevant que les personnes avec un pronostic de deux mois et moins, le besoin de développement d'une unité de soins intermédiaires en soins palliatifs a été reconnu. Ne disposant pas des liquidités nécessaires, la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec a adressé une demande de financement du projet au ministère de la Santé et des Services sociaux en août 2001. Ce projet requiert un budget de fonctionnement de 1,5 M$ et des coûts d'aménagement non récurrents de 900 000 $, dont 800 000 $ seraient financés par les fondations de l'établissement. En décembre 2001, le Ministère faisait savoir qu'il ne pouvait donner suite à la demande tant qu'il n'aura pas défini ses orientations en matière de soins palliatifs;

- l'état de situation régional a fait ressortir la variabilité de l'offre de service en soins palliatifs, tant dans les établissements que dans chacun des territoires de la région. La consolidation du réseau de services en soins palliatifs permettra une meilleure accessibilité des services aux clientèles. Sept dimensions font actuellement l'objet de travaux en vue de bonifier l'offre de service en soins palliatifs dans les territoires.

OBJECTIF : **Augmenter l'accessibilité à des services palliatifs**

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Maintenir un comité régional de soins palliatifs pour soutenir la consolidation et le développement des soins palliatifs dans la région.		**DSPAMU**	Comité régional fonctionnel	■		
Mettre en place une unités de soins intermédiaires de 10 lits pour les personnes en fin de vie avec pronostic de 2 mois et plus	Réactiver la demande de financement au ministère de la Santé et des Services sociaux	**DSPAMU/MSSS**	Nombre de lits de soins intermédiaires			■

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Consolider le réseau de services en soins palliatifs en première ligne	♦ Évaluer l'écart entre la situation actuelle des services offerts dans chaque territoire et le modèle recherché.	**DSPAMU** CLSC		■		
	♦ Compléter l'offre de service dans chacun des territoires.	**DSPAMU** **CLSC** OC				■
	♦ S'assurer d'une masse critique de médecins par territoire capables d'offrir les services à une clientèle en soins palliatifs.	**DRMG** DSPAMU			■	
	♦ Mettre en place ou consolider la garde médicale 24/7 en soins palliatifs dans chacun des territoires.	**DRMG** DSPAMU			■	
	♦ Définir une structure de soutien clinique aux intervenants impliqués en soins palliatifs.	**DSPAMU** CH/CLSC La Maison Michel-Sarrazin			■	
	♦ Élaborer un projet de formation multidisciplinaire à l'intention des intervenants.	À venir				■
	♦ Définir le rôle de l'équipe au niveau local pour la clientèle pédiatrique en soins palliatifs.	**DSPAMU** CME CLSC OC				■
	♦ Rendre la médication accessible en tout temps.	**DSPAMU** CH CLSC Pharmacies communautaires			■	
Consolider les services palliatifs dans chacun des milieux hospitaliers par une équipe de base complète pouvant compter sur un nombre de lits en soins palliatifs	Actions à déterminer au cours de 2004-2005					

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : Intégration de l'organisation des services

SECTEUR D'ACTIVITÉS : Gouverne régionale

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Le plan de consolidation des services 1999-2002 prévoyait le développement d'un modèle régional d'organisation des services de lutte contre le cancer en conformité avec le Programme québécois de lutte contre le cancer.

En décembre 1999, un comité consultatif régional était formé. Le Comité régional de lutte contre le cancer a pour mandat de définir et de contribuer à la mise en place du modèle d'organisation des services de lutte contre le cancer pour la région. Ce comité réunit près d'une trentaine de personnes : personnes atteintes (2), proche (1), représentant des organismes communautaires (1), des cliniciens et des gestionnaires en provenance des différents établissements (centres hospitaliers (14), CLSC (5), cabinets médicaux (2). Le mandat de ce comité est de doter la région d'un programme de lutte contre le cancer et de contribuer à la mise en place du plan d'action convenu.

De plus, un comité régional sur les soins palliatifs soutient la consolidation et le développement des soins palliatifs sur le territoire de la région de Québec pour toute clientèle avec maladies incurables. Ce comité est composé majoritairement de cliniciens des différents établissements et d'organismes communautaires et répond au Comité régional de lutte contre le cancer.

La région de Québec, étant une région universitaire avec faculté de médecine, compte maintenant avec le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL). Le mandat du RUIS « consiste à dégager, à l'intérieur de chaque réseau, les orientations et à aviser le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur :

- les services médicaux spécialisés et ultraspécialisés des centres hospitaliers universitaires (CHU), des instituts universitaires (IU) et des zones d'excellence des centres affiliés universitaires;
- l'enseignement des disciplines universitaires de la santé;
- la recherche;
- et l'évaluation des technologies de la santé et des modes d'intervention en santé.

De plus, les RUIS devront harmoniser leurs activités avec la planification des services de santé et la hiérarchisation des services médicaux des régions administratives de la santé et des services sociaux qu'ils parrainent. »[5]

La mise en œuvre d'un plan d'action de la lutte contre le cancer, en plus d'interpeller la plupart des établissements de la région et des organismes communautaires, nécessite la contribution de plusieurs sphères de responsabilités de l'Agence. Doivent ainsi être pris en compte l'organisation des services d'investigation, de traitement, de soutien, les plans d'effectifs médicaux et le leadership du Programme de lutte contre le cancer (DSPAMU), les volets prévention/promotion, dépistage, connaissance/surveillance (DSP), les organismes communautaires (DSMIAS), les volets communication, système d'information, informatisation et ressources humaines (DPGCRH), les volets équipements, immobilisations et le financement (DFI). Une nécessaire concertation doit donc s'exercer.

OBJECTIF : Assurer l'implantation du programme dans la région

Cibles prioritaires	Actions	Responsables/ partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Adopter le plan d'action régional de lutte contre le cancer		**CA/Comité de direction** Forum des directeurs généraux Comité régional de lutte contre le cancer DSPAMU		■		

Cibles prioritaires	Actions	Responsables/ partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Maintenir un comité régional de lutte contre le cancer incluant les principaux partenaires dont des personnes atteintes et des proches.		**DSPAMU** Établissements Organismes		■		
Maintenir le Comité régional sur les soins palliatifs.		**DSPAMU** Établissements Organismes		■		
S'associer avec le (RUIS-UL) pour les volets du Programme de lutte contre le cancer relevant de son champ d'expertise.		**DSPAMU** **RUIS-UL**			■	
Faire rapport au comité de direction et au conseil d'administration de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale sur l'évolution des travaux pour la mise en place du programme dans la région.		**Président du Comité régional de lutte contre le cancer** **DSPAMU**			■	
Reconnaître l'imputabilité des équipes et des établissements à qui des mandats ont été confiés.	Obtenir leur reddition de comptes par rapport au mandat confié.	**DSPAMU**			■	
S'assurer de l'inscription du programme dans les cibles budgétaires de chacune des instances concernées, notamment pour des éléments structurants.	Priorité à établir	**DSPAMU** **Établissements**				■
Établir des ententes avec d'autres agences pour la desserte de clientèles hors région.	À définir ultérieurement					■
Maintenir la concertation avec la Direction de santé publique pour les volets promotion/prévention/dépistage, connaissance surveillance et les autres directions de l'Agence pour les aires de responsabilités.		**DSPAMU** DSP DPGCRH DFI		■		

[5] MSSS, Réseau universitaire intégré, DGAMU, juin 2003, 3 p., document non publié.

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : **Intégration de l'organisation des services**

SECTEUR D'ACTIVITÉS : **Circulation de l'information clinique et système d'information**

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

L'absence de moyens formels de communication entre la première ligne et les milieux spécialisés contribue au bris de continuité dans les services offerts aux personnes atteintes.

La non-disponibilité des données sur les services dispensés, notamment en ambulatoire, ne permet pas une évaluation de la réalité de chacun des milieux et de la réalité régionale en ce qui concerne le cancer.

OBJECTIF : **S'assurer de l'intégration et de la continuité des services cliniques**

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Mettre en place des moyens de communication par les équipes reconnues avec leurs collaborateurs directs en temps opportun.	Inclure dans le mandat à réaliser par les équipes reconnues.	**Équipes reconnues**			■	
Expérimenter l'insertion des outils cliniques standardisés dans les moyens retenus de transmission de l'information.	Utiliser les outils « Demande de services interétablissements » DSIE ou outil multifonctionnel.	**DPGCRH** DSPAMU				■
Poursuivre l'expérimentation d'un dossier réseau informatisé en oncologie, notamment pour les femmes atteintes d'un cancer du sein.	Établir un lien avec Cyber Santé.	**Université Laval** DSP			■	
Faire des représentations pour l'obtention des données sur les services dispensés en ambulatoire et le développement, au plan provincial, d'un système d'information.		**Comité régional** DSPAMU DSP/DPGCRH				■

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : Intégration des services

SECTEUR D'ACTIVITÉS : Surveillance et évaluation

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

La Direction régionale de santé publique est à mettre en place un système continu de surveillance de l'état de santé et de bien-être de la population et des déterminants de la santé. Dans ce cadre, et pour soutenir le Comité consultatif régional de lutte contre le cancer, un premier portrait sociosanitaire du cancer dans la région de la Capitale nationale a été publié en octobre 2002 (Fortier, M., O. Legault et P. Mercier (2002), Programme québécois de lutte au cancer, *Portrait sociosanitaire du cancer dans la région de Québec*).

Les données pour mesurer l'incidence (nouveaux cas de cancer chaque année) proviennent essentiellement du fichier Med-Écho où sont consignées les hospitalisations en soins physiques de courte durée et les admissions en soins d'un jour. À l'échelle de la province, un système d'information sur l'utilisation des services par les personnes diagnostiquées et traitées en milieu ambulatoire (cliniques externes, cabinets de médecins) n'est pas disponible. Ce qui implique que la mesure actuelle de l'incidence hospitalière, selon le type de cancer, représente une sous-estimation de la valeur réelle. Un système d'information incluant le volet ambulatoire des soins et services de santé entourant la problématique du cancer permettrait de mieux suivre l'incidence du cancer et pourrait aussi permettre, dans le futur, de mieux décrire la réalité des équipes cliniques au regard de leur réalité et, notamment, en ce qui concerne la mesure du « fardeau clinique » de la maladie.

OBJECTIF :

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources M	C	D
Exercer une surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants par rapport à la problématique du cancer.	Gérer les activités visant à l'obtention des sources de données nécessaires pour mesurer les indicateurs de l'évolution du cancer et de ses déterminants dans la région.	**DSP** DPGCRH	Données disponibles	■		
	Produire l'information sur la consommation et la production des services dans la lutte contre le cancer (les déterminants de la santé, l'incidence, l'hospitalisation, la mortalité, la survie au cancer) situés dans le contexte de la lutte contre le cancer.	**DSP** DSPAMU	Rapport disponible	■		
	Réaliser des activités relatives à la diffusion de l'information auprès de la population, des décideurs et de groupes cibles.	**DSP** DSPAMU DPGCRH	Activités de diffusion	■		

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Analyser la pertinence d'un projet visant à cerner les exigences liées au suivi clinique des personnes atteintes de cancer, à partir du diagnostic (mesurer le fardeau clinique).	À définir	À définir	À définir			■
Déterminer les objets prioritaires à évaluer dans le cadre de l'implantation du programme.	Former un comité de travail	**Comité régional de lutte contre le cancer** DSP DSPAMU				■

Légende :
M : à maintenir
C : à consolider
D : à développer

VOLET : Intégration de l'organisation des services

SECTEUR D'ACTIVITÉS : Formation et recherche

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Dans la région, les vocations universitaires de la quasi-totalité des centres hospitaliers et d'un CLSC favorisent l'enseignement et la recherche, principalement en médecine et en soins infirmiers. Le leadership de La Maison Michel-Sarrazin contribue au développement en réseau tant de la formation que de la recherche en soins palliatifs.

Le CHUQ soutient le développement d'un Centre de recherche clinique et évaluative en oncologie (CERCEO). Ce centre, qui se veut un centre ambulatoire dédié et adapté spécifiquement à l'oncologie, créera un lien d'interface socio-médico-scientifique et une interaction synergique entre l'oncologie clinique, la recherche fondamentale, clinique épidémiologique, psycho-sociale, appliquée et évaluative.

Le Réseau universitaire intégré de l'Université Laval (RUIS–UL) est à redéfinir les composantes de son « réseau » académique spécialisé et ultraspécialisé, réseau, lui aussi, en lien avec le réseau de première ligne.

Un premier colloque régional a réuni en 2003 plus de 150 personnes. Ce colloque visait à mobiliser les acteurs de la région et à relever les défis pour la mise en place d'un réseau de lutte contre le cancer. Des ateliers et des conférences ont traité notamment de différents volets de la gamme de services. Selon l'évaluation faite par les participants, ce colloque a effectivement permis de mettre en commun les diversités et les complémentarités et a favorisé des prises de conscience et des réflexions mobilisantes pour continuer.

Les cibles d'action de ces secteurs d'activité n'ont pas encore fait l'objet de travaux spécifiques.

OBJECTIF :

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Permettre aux acteurs engagés, dans la lutte contre le cancer, de mettre en commun et de concerter l'expertise développée dans la mise en place du Programme de lutte contre le cancer.	Atelier de travail en 2004-2005. Deuxième colloque régional en 2005-2006.	**DSPAMU** DPGCRH				■
Favoriser le développement du CERCEO.		**CHUQ/RUIS** Agence		■	■	

Légende :
M à maintenir
C à consolider
D à développer

VOLET : Intégration de l'organisation des services

SECTEUR D'ACTIVITÉS : Gestion de la qualité

BREF ÉTAT DE SITUATION RÉGIONAL, CONTRAINTES, OPPORTUNITÉS :

Certaines activités relatives à la gestion de la qualité ont cours dans la région, dont un comité d'amélioration continue de la qualité au Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ), des comités des thérapies du cancer et des audits pour certains sièges tumoraux. Parmi les lacunes citons l'absence d'une instance responsable de la mise à jour des protocoles de soins pour la région et le fait que les médecins traitant un même siège de cancer ne disposent pas de mécanisme de concertation pour harmoniser leurs approches thérapeutiques.

Un comité régional d'assurance qualité du Programme québécois de DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN (PQDCS) est en opération dans la région. Dans un premier temps, ce comité se concentre sur l'aspect médical des activités du PQDCS.

De plus, une équipe d'oncologie psychosociale développe une expertise ciblée sur le soutien des personnes atteintes de cancer et de leurs proches.

OBJECTIF : Développer la fonction assurance qualité

Cibles prioritaires	Actions	Responsables /Partenaires	Indicateurs de résultats	Ressources		
				M	C	D
Mettre en place des cliniques des tumeurs dans chacune des équipes reconnues.	Inclure dans le mandat à réaliser par l'équipe.	**Équipes reconnues** Établissements	Nombre de cliniques des tumeurs/nombre d'équipes reconnues		■	
Mettre en place, par sièges tumoraux, de rencontres d'études des complications et des décès.		**Équipes reconnues**			■	■
Consolider les activités d'assurance de qualité dans le Programme québécois de dépistage du cancer du sein.	Désigner un responsable. Consolider le comité régional d'assurance qualité.	**DSP**			■ ■	
Développer l'expertise en matière de soutien des personnes atteintes et à leurs proches.	À définir.	**Équipe d'oncologie psychosociale** Équipes reconnues Agence OC			■	■
Faire les représentations pour l'obtention d'un registre des tumeurs reflétant un portrait juste et fiable.		**Comité régional** DSPAMU DSP			■	■

CONCLUSION

Le Plan d'action, *Ensemble avec et pour la personne atteinte de cancer et ses proches*, vient cibler les orientations de l'action régionale afin que l'ensemble des partenaires actifs ou en lien avec une personne atteinte ou avec cette problématique travaillent dans le même sens : assister, dans son champ de compétence, la personne atteinte et ses proches pour que celle-ci lutte contre la maladie, la vive le mieux possible et contribue à sa prévention. La synergie ainsi créée permettra de faire des pas significatifs dans le développement d'un *véritable réseau* de services d'oncologie contribuant au mieux vivre en santé.

Le Comité régional de lutte contre le cancer après avoir appuyé le plan d'action a retenu, de façon unanime, quatre **éléments prioritaires** pour initier la mise en œuvre de ce plan :

- **la mise en place de l'intervenant pivot** dans l'ensemble des équipes reconnues. Cet intervenant, en plus d'être la personne de référence pour la personne atteinte, contribuera à la continuité des services tant à l'intérieur de chacun des milieux qu'en lien avec les autres intervenants pouvant répondre aux besoins de la personne;

- **le soutien de la personne atteinte et de ses proches**. Ce volet a été reconnu comme le véritable « parent pauvre » de l'organisation des services d'oncologie de la région. Permettre à la personne atteinte d'être soutenue contribue à lui donner plus d'emprise sur sa vie et sa qualité de vie tout en favorisant qu'elle soit un partenaire actif;

- **l'appui et le soutien aux équipes reconnues et au développement d'interrelations fonctionnelles** entre les équipes œuvrant notamment, dans un même siège tumoral. La constitution d'un réseau en oncologie prendra assise sur chacune des équipes et sur les complicités et les interactions qu'elles établiront pour mieux répondre aux besoins de la personne atteinte;

- **la lutte au tabagisme.** Les impacts du tabagisme sur la santé et nommément sur le cancer ne sont plus à démontrer. Prévenir constitue une façon efficace de lutter contre le cancer.

Le comité a également défini trois principaux **leviers d'action** pour permettre au plan d'action de prendre vie et d'atteindre les résultats escomptés :

- **l'octroi de ressources financières et humaines** consacrées à des actions structurantes du plan d'action par chacun des niveaux impliqués;

- un **suivi étroit** de l'évolution des équipes et de la mise en place des liens fonctionnels entre elles;

- des orientations et des **exigences claires** de l'Agence à l'endroit des établissements pour la prise en charge des personnes atteintes de lutte contre le cancer en conformité avec le plan d'action régional et ses éléments structurants.

... et le tout pour être

ENSEMBLE AVEC ET POUR LA PERSONNE ATTEINTE DE CANCER ET SES PROCHES

BIBLIOGRAPHIE

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de la Capitale nationale. *Le modèle régional d'organisation des services de santé et de services sociaux intégrés : « Un défi de proximité, d'accessibilité et de continuité », recommandation au ministère de la Santé et des Services sociaux*, 30 avril 2004, 46 p.

Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (2001-2002) données préliminaires.

Gouvernement du Québec (1998). « *Programme québécois de lutte contre le cancer. Pour lutter contre le cancer, formons équipe* », Ministère de la Santé et des Services sociaux, octobre, 186 p.

MSSS, « Réseau universitaire intégré », DGAMU, juin 2003, 3 p., document non publié.

Pageau M., « *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions* », édition 2001. Institut national de santé publique du Québec (2001). Québec, 262 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2002). « *Programme québécois de lutte contre le cancer, Profil sociosanitaire du cancer dans la région de Québec* », Direction de santé publique, 78 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec(2002). « *Programme québécois de lutte contre le cancer de la région de Québec, État de situation dans la région de Québec* », Direction de l'organisation des services de santé physique et affaires médicales, 85 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux. « *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007, Document de consultation* », Direction de santé publique, décembre 2003, 116 p.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2002). « *Programme régional de lutte contre le cancer : soins et services* », 29 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec (2002). « *Activités de promotion/prévention et de dépistage dans la lutte contre le cancer dans la région de Québec* », Direction de santé publique, 21 pages.

US Departement of Health and Human Services. *Reducing the Health Consequences of Smoking : 25 years of Programs*, A report of the Surgeon General, Rockville, MD, US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Dosease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office ou Smoking and Health; 1989, (http://www.cdc.gov/tobacco/sgr/sgr_1989/1989SGRchapter.1.htm).